



for. (2x) Agencja AGORA

# Niemiecki patent

Rozmowa z Ullą Schmidt, minister zdrowia RFN

– Czy zawód lekarza przestał być w Niemczech lukratywny?

– Tego nie można powiedzieć. Na honoraria dla tej grupy zawodowej ustawowe kasy chorych

wynoszą więc 84 tys. euro rocznie. Do tego trzeba jeszcze doliczyć zyski z praktyki prywatnej. W Niemczech ubezpieczenia prywatne ma ok. 10 proc. obywateli, czyli 8,2 mln osób... Je-

„ Średnia płaca lekarza w Niemczech wynosi 84 tys. euro rocznie „

wydają 26 mld euro rocznie. Lekarz świadczący usługi ubezpieczonym w tych kasach uzyskuje przeciętnie ponad 200 tys. euro dochodu. Po odliczeniu kosztów własnych jego zarobki brutto

śli zatem porównać płace absolwentów medycyny i przeciętnego pracobiorcy, który w ubiegłym roku zarobił 33 tys. euro, widać wyraźnie, że zawód lekarza nadal należy do dobrze płatnych.

– Lekarze ze wschodnich landów uciekają jednak na zachód RFN, ci z zachodu w poszukiwaniu lepszej pracy wyjeżdżają zaś, np. do Austrii czy Anglii, a przez szpitale i ulice przetacza się fala strajków. Czy niemiecka służba zdrowia wymaga głębokich zmian strukturalnych?

– Mamy dobrą opiekę zdrowotną. Trzeba natomiast zreformować system wynagradzania lekarzy i tym zajmiemy się w najbliższym czasie. Istnieją bowiem duże różnice, jeśli chodzi o wysokość pensji między różnymi grupami specjalistów, a także specjalistami i lekarzami domowymi. Modyfikując system płac, musimy uwzględnić specyfikę różnych chorób i związane z nimi koszty leczenia specjalistycznego. Ci, którzy zajmują się bardziej skomplikowanymi przypadkami i oferują usługi lepszej jakości, muszą otrzymywać lepszą zapłatę. Chciałabym podkreślić, że rząd federalny już podjął ważne inicjatywy w celu zwiększenia atrakcyjności pracy w służbie zdrowia. W październiku 2004 r. zlikwidowaliśmy etat tzw. lekarza na praktyce, dzięki czemu absolwenci akademii medycznych, którzy uzyskali dyplom, otrzymują wyższe uposażenia o 18 mies. wcześniej niż dotychczas. Poza tym przekazaliśmy szpitalom fundusze na wprowadzanie nowych

bie sprawę, że w niektórych ośrodkach, zwłaszcza wiejskich, mogą się pojawić problemy z prawidłowym świadczeniem usług zdrowotnych. Zapewnienie obywatelom należytej opieki jest zadaniem związków kas chorych. Uchwalono ustawy, umożliwiające rozwiązanie tych problemów. Na przykład w regionach, gdzie są niedobory kadrowe, służbom medycznym będzie można zwiększać honoraria, wypłacając specjalne dodatki do pensji. Mają też powstawać nowe szpitale oraz będą tworzone centra opieki medycznej.

Ale nasz rząd ma świadomość, że usprawnienie funkcjonowania opieki zdrowotnej wymaga jeszcze wielu innych przedsięwzięć. W tym roku przedłożymy projekt uelastyczenia zatrudniania lekarzy kontraktowych w opiece stacjonarnej i domowej, rozszerzenia możliwości zatrudniania przez nich innych lekarzy w terenie, tworzenia ponadlokalnych wspólnot zawodowych itp. Lekarze kontraktowi i na etatach w centrach opieki medycznej zyskają prawo do podejmowania dodatkowej pracy zawodowej, np. w szpitalach.

– Po wprowadzeniu dodatkowych opłat dla pacjentów ubezpieczonych prywatnie składki w ustawowych kasach chorych miały spaść poniżej 14 proc. Czy to panią zadowala?

## ” W Niemczech lekarz ma pod opieką 269 pacjentów, podczas gdy w Polsce aż 446 ”

modeli czasu zatrudnienia, co ma doprowadzić do zmniejszenia obciążenia lekarzy. Na program ten przeznaczylismy 700 mln euro. Są to pieniądze, m.in. na pokrycie dodatkowych kosztów personalnych, związanych z przestrzeganiem prawnych reguł czasu pracy. Istotne znaczenie ma ponadto tworzenie centrów opieki medycznej oraz zróżnicowanie zasad zatrudnienia, co ułatwi lekarzom łączenie obowiązków zawodowych i rodzinnych. To tylko niektóre z elementów planowanej reformy w służbie zdrowia.

– W najbliższych 5 latach na emeryturę przejdzie ok. 40 tys. lekarzy. W niektórych rejonach kraju może zabraknąć specjalistów. Jak chce pani temu zapobiec?

– Znam te dane, ale zapewniam, że w żadnym zakątku Niemiec obywatele nie zostaną pozbawieni opieki medycznej. W porównaniu z innymi krajami nadal mamy bardzo dobre wskaźniki – na lekarza przypada 269 pacjentów, podczas gdy, np. w Polsce aż 446. Mimo to zdajemy so-

bie – Przeciętna składka wynosi 13,3 proc. Gdyby nie przeprowadzono zmian, przekraczałaby zapewne 15 proc. Dlatego uważam wdrożoną przeze mnie reformę za sukces. Skorzystali na tym ubezpieczeni i pracodawcy partycypujący w tych składkach, co nie pozostaje bez wpływu na obniżanie kosztów pracy, a przede wszystkim zakończył się proces zadłużania ustawowych kas chorych. Nie bez znaczenia jest również zapoczątkowanie zmian strukturalnych, pobudzenie konkurencyjności i poprawa jakości opieki nad pacjentami.

– W Niemczech działają 262 kasy chorych. W celu ograniczenia kosztów postuluje pani ich konsolidację do 50. Jak je do tego skłonić?

– Uważam, że wystarczy nam od 30 do 50 kas chorych, ale o tym zadecyduje właśnie zwiększanie konkurencyjności, a nie odgórne dyrektywy.

– Kto zapłaci za przeprowadzane reformy: lekarze, pacjenci, rząd czy podatnicy?



„ W nowoczesnej służbie zdrowia muszą być spełnione trzy warunki: obywatel musi być ubezpieczony, każdy musi mieć dostęp do niezbędnych usług medycznych, a finansowanie systemu musi być zorientowane na wydajność poszczególnych jednostek „

– Zmiany w systemie finansowania są jednym z elementów przygotowywanej przez nas koncepcji ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Jej nadrzędnym celem jest takie przekształcanie naszego solidarnego i, co chcę podkreślić, wydajnego systemu opieki zdrowotnej, by sprostał wyzwaniom perspektywicznym, np. starzeniu się społeczeństwa, aby istniały możliwości sfinansowania zarówno postępu w medycynie, jak i drogich metod leczenia. Obecnie tylko na ustawowe kasy chorych wydajemy rocznie ponad 140 mld euro. Przy tak wielkich sumach ważne jest, aby każde euro trafiało tam, gdzie powinno. Dotyczy to w takim samym stopniu komunalnych placówek służby zdrowia oraz należących do instytucji użyteczności publicznej, jak i praktyk, klinik, a także szpitali prywatnych.

– Wyobraża pani sobie powszechniejszą prywatyzację i większą konkurencję w publicznej służbie zdrowia?

– Zdecydowanie jestem zwolenniczką większej konkurencyjności w całej naszej służbie zdrowia, i robię wszystko, by do tego doszło. Ale sama prywatyzacja szpitali komunalnych nie jest *panaceum*. O wiele ważniejsza sprawa to dobre zarządzanie. Mogę wymienić wiele szpitali komunalnych, które mają dobry management i nie przynoszą strat. Stawiamy na trzy elementy: placówki komunalne, użyteczności publicznej i prywatne. Zwiększanie konkurencyjności w niemiec-

kich placówkach służby zdrowia zapoczątkowaliśmy w 2004 r.; kasy chorych mogą dziś, np. oferować ubezpieczonym specjalne usługi, ale także ulgi i przywileje. Dobrze poinformowani obywatele mogą dokonać lepszego wyboru usługodawcy, a także kompleksowego ubezpieczenia, np. dotyczącego lekarzy domowych, systemu zintegrowanego o szerszym spektrum itd. Kasy chorych mogą z kolei zawierać umowy z lekarzami czy szpitalami w zależności od wydajności i jakości świadczonych przez nich usług.

Nie ma w tym wypadku obaw, że w konkurencyjnej walce może ucierpieć jakość pracy służb medycznych, gdyż czynnikiem decydującym o kosztach ponoszonych przez instytucje asekuracyjne jest jak najlepszy stan zdrowia ubezpieczonych. Przewlekła i nieskuteczna terapia zwiększa koszty, a więc niejako automatycznie eliminuje złych usługodawców z gry. W nowoczesnej służbie zdrowia muszą być spełnione trzy podstawowe warunki: każdy obywatel musi być ubezpieczony, każdy musi mieć dostęp do niezbędnych usług medycznych, a finansowanie systemu musi być zorientowane na wydajność poszczególnych jednostek. Do lata tego roku znajdziemy drogę do spełnienia tych celów.

– Pani minister, dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Piotr Cywiński  
Berlin